



Preguntas sobre la Dieta y Salud del Niño

de 1 a 4 años de edad
Certificación y Recertificación

Fecha de Hoy: ____/____/____

Nombre de su hijo: _____

Fecha de nacimiento de su hijo: ____/____/____

¿Es su niño un niño o una niña: _____

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar. Si usted no contesta, una selección será hecha para usted por el personal. Esto no le afecta para recibir los beneficios de WIC.

¿Es su niño hispano o latino? Sí No

¿Es su niño árabe? Sí No

Marque a **todas** las razas que aplica a su niño:

Indio Estadounidense o Nativo de Alaska

Asiática

Negro o Afro-Americano

Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico

Blanco

¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer: _____ libras _____ onzas

¿Cuándo nació su infante? ____/____/____ ¿En qué fecha esperaba a su bebé? ____/____/____
Mes Día Año Mes Día Año

Note to staff: Calculate Weeks Gestation with client's response and validate with EDD/ADD if available.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Información sobre Revisión Médica



1. **Condiciones médicas**/enfermedades recientes: El personal de WIC le dará una lista de condiciones médicas para revisar.

2. Marque aquí si toma **medicina** su hijo: ¿Si es sí, qué clase?
¿Efectos secundarios? Sí No

3. ¿Tiene **problemas dentales** su hijo que le molesten al comer? Sí No
¿Si es sí, qué tipo de problema?

4. Estatura de la Madre: pies pul. 5. Peso de la Madre: lb.

Esta pregunta debe ser contestada por la **madre biológica** solamente. ¿Cuál es su estatura y peso actualmente? (O si usted es embarazado ahora o tenía un bebé en los 6 meses anteriores, ¿cuál fue su peso antes de embarazar con este bebé?)

6. Estatura del Padre: pies pul. 7. Peso del Padre: lb.

Esta pregunta debe ser contestada por el **padre biológico** solamente.

8. ¿Hay alguna persona que vive en su **casa que fuma** dentro del hogar? (CDC)
 Sí No No sé

9. ¿Cuántas horas de **televisión o videos miró** su niño ayer? (CDC)
 > 0 y < 1 hora 1 hora
 2 horas 3 horas
 4 horas 5 o más horas
 Ninguna No sé

Tabla de Estadísticas Leche de Pecho (CDC)

¿Le dio al niño leche de pecho o biberón con leche de pecho?

- Sí No No sé

¿Le da ahora leche de pecho al niño?

- Sí No

¿Qué edad tenía este niño cuando él/ella **primero le alimentaron** algo con excepción de leche de pecho?

- Sólo leche de pecho (**marque aquí si sólo le dieron a su hijo leche de pecho**)

Meses Semanas Días
Edad:

- No sé

Tipo de Comida (marque uno)

Cereal
Leche de Vaca
Formula
Jugo de Fruta
Ninguna Información
Proporcionada
Vegetal
Agua

(Responda a la próxima pregunta si su hijo ya no toma leche de pecho.)

¿Qué edad tenía el niño cuando dejó de tomar leche de pecho o biberón con leche de pecho?

Meses Semanas Días
Edad:

- No sé

Razón por la que dejó de alimentar
leche de pecho (marque uno)

Distracción el bebé
Dolor de pecho/ pezón
Recomendación del médico
Condición/Enfermedad del
Bebé/ Niño
Falta de apoyo
Problemas para sujetarlo/
Rechazó el pecho
Poca cantidad de leche
Enfermedad materna/ Cirugía
Medicación
Preferencia de la madre
No se dio información
Otro
Regreso a la escuela
Regreso al trabajo
Dentición

Evaluación de Historia de Nutrición



1. Si le dio el pecho, ¿qué edad tenía su bebé cuando lo alimentaron **rutinariamente** con cualquier alimento con excepción de leche de pecho?

Meses

Semanas

Días

Tipo de opciones de alimentos: Cereal Leche de Vaca Fórmula Carne
 Fruta Jugo Verdura Agua

2. Número de **comidas** que su hijo come generalmente en un día:

0 1 2 3 4 5 o más

3. Número de **refrigerios** que su hijo come generalmente en un día:

0 1 2 3 4 5 o más

4. ¿Cuántas onzas de **leche** bebe su hijo la mayoría de los días?

¿Su hijo come yogurt o queso?

Sí o No

¿Cuánto come la mayoría de los días?

5. ¿Cuántas onzas de **jugo** bebe su hijo la mayoría de los días?

6. El **apetito** de su niño es normalmente: Bueno Regular Pobre

7. Marque aquí si su niño está en una **dieta especial**: ¿Si es sí, qué clase?

8. ¿Cuántas veces por semana se alimenta su hijo con **comida rápida**?

0 1 2 3 4 5 o más

9. ¿Tiene su hijo **alergias de alimento**? Si tiene, ¿a cuál?

10. ¿Su hijo consume o bebe algunos de los siguientes alimentos todos los días o casi todos los días?
(Marque todos los que correspondan):

Leche descremada, ½%, 1% o 2%

Bebidas gaseosas (pop), agua saborizada, bebidas deportivas, té endulzado o agua gelatina

Sustitutos de leche (leche de arroz, leche de soya, crema no láctea, leche condensada, endulzada o mezclas caseras)

Comida para bebé o alimentos licuados solamente

Ningunos se aplican

11. ¿Su hijo come o bebe algunos de los siguientes? (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jugo o leche sin pasteurizar (cruda) | <input type="checkbox"/> Brotes crudos |
| <input type="checkbox"/> Queso blando (feta, camembert, Brie, azul o queso estilo mexicano como queso blanco, queso fresco o Panela a menos que se rotule como hecho con leche pasteurizada) | <input type="checkbox"/> Tofu crudo |
| <input type="checkbox"/> Carne roja, pescado, carne de ave o huevos crudos o con poca cocción | <input type="checkbox"/> Perros calientes, fiambre de cerdo y otras carnes de deli <u>que no se calientan hasta el hervor</u> |
| | <input type="checkbox"/> Pescado de Michigan |
| | <input type="checkbox"/> Ningunos se aplican |

12. ¿Su hijo (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toma biberón? | <input type="checkbox"/> Bebe jugo en un biberón? |
| <input type="checkbox"/> Usa el biberón durante todo el día, o como chupete? | <input type="checkbox"/> Bebe de una taza de entrenamiento <u>durante todo el día?</u> |
| <input type="checkbox"/> Duerme con un biberón? | <input type="checkbox"/> Usa un chupete mojado en azúcar, miel o jarabe? |
| <input type="checkbox"/> Toma cereal u otros alimentos en el biberón? | <input type="checkbox"/> Ningunos se aplican |

13. ¿Su hijo (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se alimenta con una dieta vegetariana estricta? | <input type="checkbox"/> Se atraganta con la comida a menudo? |
| <input type="checkbox"/> Se alimenta con una dieta de bajas calorías/ para pérdida de peso? | <input type="checkbox"/> Toma suplementos de flúor todos los días? |
| <input type="checkbox"/> Regularmente consume elementos no comestibles (cenizas, fibras de alfombra, cigarrillos o colillas de cigarrillos, arcilla, polvillo, goma espuma, trozos de pintura, tierra, almidón para ropa o de maíz)? | <input type="checkbox"/> Toma suplementos vitamínico o de minerales todos los días?
¿Qué clase? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tiene que comer cuando no quiere? | <input type="checkbox"/> Tener historia de cirugía bariátrica |
| | <input type="checkbox"/> Usa remedios de suplementos de hierbas o tés?
¿Qué clase? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sólo come si lo alimentan con cuchara (el niño nunca se alimenta con cuchara, sus dedos, etc.)? | <input type="checkbox"/> Ningunos se aplican |

14. ¿Ha sido su niño ubicado con una **familia adoptiva** (*foster care*) sobre los últimos 6 meses? Sí No

15. ¿Tiene una **incapacidad** un miembro de la familia que le haría difícil planear o preparar la comida a su hijo? Sí No

Staff Notes

CPA Signature _____ **Date** _____